

המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

טופס הסכמה: צינתור לב CARDIAC CATHETERIZATION

צינתור לב מתבצע לצורך הדגמה ו/או טיפול בכלי הדם של הלב ו/או בלב עצמו. הפעולה מתבצעת בהרדמה מקומית ובילדים בהרדמה כללית, באמצעות החדרת צנתרים דרך עורק פריפרי עד לאזור הלב ו/או לעורקים הכליליים המזינים את הלב, תחת שיקוף וצילומי רנטגן. באמצעות צנתרים מיוחדים מוזרק חומר ניגוד ו/או נמדדים לחצים.

בצינתור טיפולי מבצעים פעולת תיקון מקומית בלב או בעורקיו בעזרת בלון או אביזרים יחודיים המותקנים על גבי הצנתרים, כולל תומך (STENT). במקרים בהם במהלך צינתור איבחוני מתגלית בעיה הניתנת לטיפול מיידי, מבוצע הצינתור הטיפולי בהמשך לצינתור האיבחוני. על החולה להודיע לרופא המחלקה ורופא הרנטגן אם קיימת בעיה כליתית ו/או רגישות ליד, קודם לביצוע הבדיקה.

שם החולה:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת. ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

על הצורך בביצוע צינתור לב איבחוני ו/או טיפולי לרבות תיקון מקומי בלב ו/או טיפול בעורקים הכליליים בעזרת בלון ו/או אביזרים אחרים.*
פרט טיפול אחר:

(להלן: "הטיפול העיקרי").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ותופעות הלוואי האפשריות לרבות כאב ואי-נוחות במפשעה באזור החדרת הצנתור ותחושה פתאומית של חום כתוצאה מהזרקת חומר הניגוד.

כמו כן הוסברו לי הסיכונים האפשריים של הטיפול העיקרי לרבות חסימה פתאומית או נזק לעורק כלילי והתפתחות אוטם שריר הלב, אירוע מוחי, פגיעה בכלי דם, דימם וזיהום. הוסברו לי גם הסיכונים האפשריים של הזרקת חומר ניגוד לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות, פגיעה בתיפקוד הכליות והחמרה במחלת לב וכן שבמקרים נדירים ביותר עלולים סיכונים אלו להסתיים אף במוות.

הוסברו לי דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה, הבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

כמו כן אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי ואני מבין/ה כי קיימת אפשרות שתוך מהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו, יהיה צורך לנקוט הליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, לרבות פעולות כירורגיות בהרדמה כללית שלא ניתן לצפותן כעת בודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי כולל, פעולה צינתורית טיפולית נוספת, ניתוח מעקפים או ניתוח חרום אחר בהרדמה כללית. לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה שינוי, או ביצוע הליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים במהלך הטיפול העיקרי או מיד לאחריו. הסכמתי ניתנת גם לביצוע הרדמה מקומית, לאחר שהוסברו לי הסיכונים של ההרדמה לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. אם יהיה צורך בביצוע הטיפול העיקרי בהרדמה כללית ניתן לי הסבר על ההרדמה על ידי מרדים.

אני יודעת/מסכים/ה לכך שהטיפול העיקרי וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסויים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

שם האפוסטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטיין או חולה נפש) _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה/אפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא _____ חתימה _____ מס' רשיון _____

*מחק את המיותר

